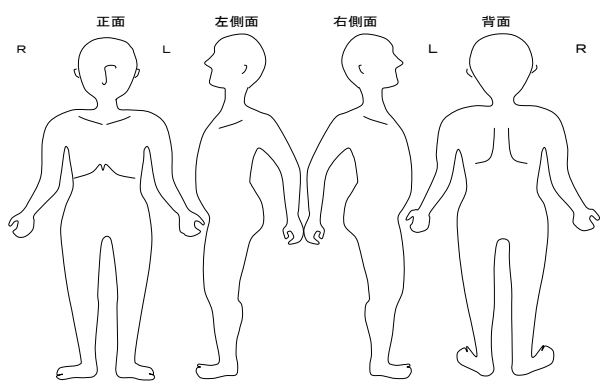


褥瘡リスクアセスメント票・褥瘡予防治療計画書

氏名： 様	病棟	評価日 年 月 日
生年月日： ( 歳)	性別 男・女	評価者名
診断名：	褥瘡の有無（現在） 有・無	褥瘡の有無（過去） 有・無
褥瘡ハイリスク項目〔該当すべてに○〕 <input type="checkbox"/> ベッド上安静である ア ショック状態、イ 重度の末梢循環不全、ウ 麻薬等の鎮痛・鎮静剤の持続的な使用が必要、 エ 6時間以上の全身麻酔による手術後、オ 特殊体位による手術後、カ 強度の下痢が続く状態、 キ 極度の皮膚の脆弱（低出生体重児、GVHD、黄疸等）、ク 皮膚に密着させる医療関連機器の長期かつ持続的な使用、ケ 褥瘡を有し、褥瘡に関する危険因子（病的骨突出、皮膚浸潤、浮腫等）がある		
その他の危険因子〔該当すべてに○〕 床上で自立体位変換ができない、いす上で座位姿勢が保持できない、病的骨突出、関節拘縮、栄養状態低下、皮膚の湿潤（多汗、尿失禁、便失禁）、浮腫（局所以外の部位）		
褥瘡の発生が予測される部位及び褥瘡の発生部位 		リスクアセスメント結果  重点的な褥瘡ケアの必要性 要 ・ 不要  褥瘡管理者名
褥瘡予防治療計画 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの開始年月日 年 月 日〕		
褥瘡ケア結果の評価 〔褥瘡ハイリスク患者ケアの終了年月日 年 月 日〕		